Contribution à l'Etude de la

Syphilis Pleuro-Pulmonaire Scléro-Gommeuse

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° .....

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

PRÉSENTÉE PAR

MILOCHEVITCH MLADEN

né le 11 *Décembre* 1898, *à Nemenikoutché (Serbie)*

Contribution à l'Etude de la Syphilis Pleuro-Pulmonaire Scléro-Gommeuse

Président : M. BEZANÇON, *Professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER

	MM.
Anatomie descriptive	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Histologie	PRENANT.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Chimie	DESGREZ.
Physique	André BROCA
Parasitologie	BRUMPT.
Bactériologie	BEZANÇON.
Physiologie	RICHET.
Pathologie expérimentale	ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie externe	LECÈNE.
Pathologie interne	RENON.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Opérations et appareils	Pierre DUVAL.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine	MÉNÉTRIER.
Cliniques médicales : Hôtel-Dieu	GILBERT.
Cliniques médicales : Saint-Antoine	CHAUFFARD.
Cliniques médicales : Cochin	WIDAL.
Cliniques médicales : Beaujon	ACHARD.
Clinique thérapeutique de la Pitié	VAQUEZ.
Clinique chirurgicale : Hôtel-Dieu	HARTMANN.
Clinique chirurgicale : Saint-Antoine	LEJARS.
Clinique chirurgicale : Cochin	DELBET.
Clinique obstétricale : Salpêtrière	GOSSET.
Clinique obstétricale : Tarnier	BAR.
Clinique obstétricale : Baudelocque	COUVELAIRE.
Clinique obstétricale : Pitié	BRINDEAU.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
— des maladies infectieuses	TEISSIER.
— des maladies nerveuses	P. MARIE.
— des maladies mentales	CLAUDE.
— infantile médicale	NOBÉCOURT.
— d'hygiène de la première enfance	MARFAN.
— infantile chirurgicale	Auguste BROCA
— des voies urinaires	LEGUEU.
— gynécologique	FAURE.
— ophtalmologique	DE LAPERSONNE
— oto-rino-laryngologique	SEBILEAU.
Physiologie appliquée à l'éducation physique	LANGLOIS, agrégé
Stomatologie	FREYT (chargé de cours).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI.	DESMAREST.	LAIGNEL-LAVAST	PHILIBERT.
ALGLAVE.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
BASSET.	FIESSINGER.	LE LORIER.	RETTERER.
BAUDOIN.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BLANCHETIÈRE.	GOUGEROT.	LEREBOULLET.	RICHAUD.
BRANCA.	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
CAMUS (J.).	GUILLAIN.	LERI.	ROUVIÈRE.
CHEVASSU.	GUILLEMINOT.	LÉVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHAMPY.	GRÉGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHIRAY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CLERC.	JEANNIN.	MOCOUOT.	TIFFENEAU.
DEBRÉ.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
	LABBÉ (H.).	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1898, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS ET AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS.

A MON PRESIDENT DE THESE

M. Le Professeur BEZANCON.
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.

En le remerciant du très grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

A M. LE DOCTEUR BERGE
médecin des hôpitaux de Paris.

Qui nous a inspiré ce travail et nous a beaucoup aidé de ses conseils, qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre très grande gratitude pour tout ce que nous lui devons.

PRÉFACE

Je viens ici témoigner à ceux qui forgent nos cerveaux, nous infusent leur science et se dévouent, inlassables, à leur belle œuvre d'altruisme, à mes Maîtres l'expression de ma profonde gratitude.

Ma reconnaissance infinie va aussi vers ceux qui ont jalousement veillé sur mes jeunes ans, qui ont donné pour moi le meilleur de leur cœur, vers ceux qui se sont sacrifiés s'imposant, la cruelle séparation pour permettre à leur fils d'acquérir le plein développement de ses facultés.

Merci à mes camarades de la Belle, de la Grande, de la Généreuse France. Merci à mes Compagnons d'Etudes. Ils m'ont prouvé maintes fois une sympathie spontanée et ont donné, à nous tous fils de l'héroïque Serbie, des preuves continuelles de fraternité, dont nous garderons toujours le souvenir ému. Heureux d'avoir été à leurs côtés élève de la science française. Je me ferai un véritable devoir de la défendre en toutes circonstances et de la faire connaître aux plus jeunes.

« Tout homme à deux Patries, la sienne et puis la France. »Nous sentons mieux que tous autres le bien fondé de cette maxime : La France ne nous a-t-elle pas, dans nos heures d'angoisse tendu ses bras en nous criant : « nous arrivons ».

La Victoire et la gloire ont conronné l'héroïsme de ses enfants. Cette gloire resplendit au loin d'un lustre incomparable. Dans ma Serbie délivrée, ne voit-on pas aussi bien dans le Palais du grand Seigneur que dans la chaumière du plus humble de nos paysans l'Immortelle France sur les traits de ses plus illustres enfants : Foch ou Poincaré.

HISTORIQUE

De plus en plus, la Syphilis étend son domaine en pathologie ; on la retrouve partout, à tous les âges, dans toutes les conditions, on la voit s'attaquer à tous les organes de l'économie ; et à mesure qu'on l'étudie plus complètement, on reconnaît mieux la fréquence et l'intime variété de ses manifestations. Cependant, si les manifestations générales de la syphilis, si les accidents cutanés et muqueux, si même les déterminations viscerales ont retenu depuis longtemps déja la sagacité des cliniciens, en revanche, la connaissance des localisations du virus syphilitique sur les sereuses est de date relativement récente. Encore, parmi ces dernières, en est-il qui n'ont pas pour ainsi dire complètement acquis droit de cité, ou tout au moins, dont l'étude, à défaut d'observations absolument irréfutables, demeure inachevée. Telle est par exemple la syphilis pleurale.

C'est à M. le professeur Dieulafoy que revient l'honneur d'avoir, le premier, en 1889, fait paraître une étude des pleurésies syphilitiques dans leurs rapports avec la syphilis du poumon.

L'emploi des moyens actuels d'investigation nous dit que la syphilis pulmonaire est beaucoup plus fréquente qu'on ne le jugeait autrefois. Toutefois, bon nombre de cas échappent à l'investigation clinique si l'on songe aux lésions simplement vasculaires. Et M. Bériel dit, que l'histoire de la syphilis du poumon

n'est pas celle des peuples heureux : elle est longue, confuse et pleine de vicissitudes.

Pancritius dans sa monographie sur la syphilis pulmonaire considère qu'il faut diviser l'histoire de cette syphilis en deux périodes : l'une, la plus longue qui commence à Paracelse (1500) et finit à Laënnec (1800) ; et l'autre qui s'étend de Virchow à nos jours.

I. — *Première période ou période d'obscurité.*

Paracelse, l'un des premiers a considéré la syphilis comme capable de produire à la fois des exanthèmes, des hydropisies et de la phtisie. Une foule d'autres auteurs de cette époque (1500 à 1740) pour m'en citer que Schenk, von Gräfenberg, Astruc, ont tous plus ou moins fait allusion à l'existence d'une phtisie vérolique. Ils ont même parlé de la guérison de la phtisie pulmonaire. Morton se bornait a admettre l'influence de la Syphilis sur le réveil d'une phtisie existante. On faisait d'ailleurs jouer également le rôle à la blennorrhagie, alors confondu avec la syphilis.

On peut dire que Laënnec en donnant à la tuberculose son autonomie, permit à la syphilis pulmonaire de se révéler. Il rejetait toute idée de pneumopathie d'origine syphilitique.

II. — *Deuxième période ou période scientifique.*

Des recherches plus minutieuses élargissent l'horizon. Bayle, Cruveilhier, Andral, partagent l'idée de Laënnec ; alors qu'en Angleterre, Stokes et graves sont d'un avis contraire.

Les premiers travaux anatomiques importants re-

viennent à Depaul qui eut le mérite de rapporter à la syphilis certaines affections pulmonaires jusqu'alors regardées comme tuberculeuses qu'il rencontra dans la syphilis congénitale. Il avait décrit macroscopiquement la lésion que Virchow plus tard étudia histologiquement et désigna sous le nom de « pneumonia alba » à cause de la blancheur du poumon à l'œil nu.

En avril de l'année 1890, MM. Chantemesse et Widal dans une communication faite à la Société Médicale des hôpitaux citent deux observations de pleurésies syphilitiques primitives : l'une double avec épanchement, peu abondant ; l'autre sans épanchement, développées toutes deux chez des malades atteints depuis peu de temps de chancre induré et présentant à cette époque en même temps que leur lésion pleurale des manifestations nombreuses de la syphilis.

Quelques mois après, en décembre 1890, Nikouline de Moscou, publie deux observations de pleurésie syphilitique à la période tertiaire : l'une se développe chez un syphilitique à la période tertiaire, sans autres manifestations concomitantes, sous l'action de l'iodure la fièvre s'éteint, la guérison survient, rapide et complète, et fort de cette épreuve, l'auteur affirme son diagnostic de pleurésie syphilitique primitive. L'autre observation a trait à une pleurésie se produisant chez un sujet atteint de périostite costale, et sous l'action de l'iodure, l'auteur vit disparaître rapidement ces deux lésions ce qui l'autorisa à donner le nom de péripleurésie syphilitique à cette affection.

L'année, 1892, Gaucher signale au Congrès Interna-

tional de Dermatologie et de syphiligraphie de Vienne une observation de pleurésie syphilitique.

Rochon en 1893, fait à l'occasion de sa thèse inaugurale, un excellent travail d'ensemble sur la pleurésie syphilitique à toutes les périodes et sous toutes ses formes. Dans la même année apparaît le travail de MM. Spillmann et Ettiennc sur la « Pleurésie du stade roséologique », dans la « Revue Médicale de l'Est ».

L'année 1894, très fertiles en documents relatifs à ce sujet. Les deux thèses de Monseret et Carra apoprtent des observations nouvelles. M. le professeur Dieulafoy dans son Manuel de Pathologie Interne,admet les faits signalés, reconnait l'existence de la pleurésie syphilitique primitive à la période secondaire et déclare qu'à la période tertiaire la pleurésie syphilitique est toujours liée à des lésions sclero-gommeuses du poumon.

Chantemesse publie dans la Presse Médicale, du 30 juin 1894, une revue complète de la question et mentionne deux observations nouvelles.

Dans la même année nous voyons les observations rapportées par MM. les docteurs Brousse de Montpellier, Lyon, Casset et Raynaud.

Après cette année, survient une période de silence presque absolu. Les travaux s'espacent de plus en plus.

Fournier dans son traité de la Syphilis, à l'article « Pleurésie Syphilitique », déclare que c'est un sujet peu éclairé et sur lequel de nouvelles recherches sont nécessaires.

L'année 1910 nous apportent des nouveaux renseignements avec Roger et Sabaréanu. Ils établissent la nature syphilitique de l'épanchement sur l'obtention

d'une réaction de Wassermann positif avec le liquide pleural et par les effets positifs du traîtement spécifique.

Ils écartent la nature tuberculeuse de l'épanchement par l'absence de bacilles dans les crachats, par l'albumino réaction de ces crachats, par l'inoculation du liquide pleural au cobaye.

Sergent attaque vivement les conclusions de ces auteurs, se refusant d'admettre l'épanchement syphilitique tertiaire jusqu'au jour où le tréponème serait rencontré dans le liquide pleural.

MM. Roque et Carrin publient, le 29 mai 1910, dans le Lyon Médical une nouvelle observation de syphilis tertiaire. Ils affirment la nature de syphilis de l'épanchement sans avoir pu déceler le tréponème dans le liquide pleural.

MM. Bezançon et Gastinel, dans une communication faite le 11 juillet 1912 à la Société d'étude Scientifique sur la tuberculose, rapportent l'observation d'une malade syphilitique, chez laquelle un liquide pleural tuberculeux donna une réaction de Wassermann positive. Ils démontrent ainsi que la réaction de Wassermann positive avec un liquide pathologique, est simplement la traduction de l'Etat d'infection général.

ETIOLOGIE

Les données étiologiques que nous possédons au sujet de la syphilis pulmonaire ne sont pas très précises ni au point de vue de la fréquence, ni au point de vue de véritables causes qui en favorisent la localisation au poumon.

Le poumon est certainement bien souvent moins touché par la syphilis acquise que le système nerveux et le foie ses viscères de prédilection. Elle est plus fréquente chez l'hérédo-syphilitique que chez l'adulte syphilitique. Pour Balzer la fréquence de la syphilis est certainement plus grande qu'on ne le pense et beaucoup de cas échappent soit à l'investigation clinique, soit même à l'examen anatomique Il serait étrange cependant que l'appareil respiratoire présente une immunité presque complète à l'égard d'une infection qui atteint les autres d'une manière commune.

Il est assez difficile d'apporter une conclusion sur sa fréquence réelle en se basant sur les statistiques des auteurs ; celles-ci varient dans les propositions considérables ; ainsi : sur 6.000 cas de syphilis relevés à l'hôpital de Copenhague la syphilis pulmonaire n'a été notée que 2 fois. Sur 18 autopsies de syphilis acquise elle est signalée 3 fois. Sur 97 autopsies de syphilis acquise, Chiari signale 2 cas de lésions de la trachée et des branches et 1 cas de syphilis du poumon. Petersen sur 88 autopsies de syphilis acquise, la relève 11 fois

Vierling rapporte 46 cas, Cowner et Lœwis en ajoutent 82. Sur ces 128 cas, 52 seulement, ont eu une vérification anatomique et 10 ont montré des lésions caractéristiques de syphilis du poumon : 10 cas certains sur 128 publiés. Osler la signale 2 fois sur un relevé de 2.800 autopsies.

Le professeur Fournier a dressé un tableau des manifestations de la syphilis tertiaire, d'après un total de 5.762 déterminations morbides observées sur 4.000 hommes et 400 femmes. Il signale 23 cas de lésions tertiaires du poumon. Il nous donne une idée un peu ancienne du degré de fréquence des lésions pneumo-syphilitique, en comparaison avec les autres affections tertiaires.

Le professeur Tripier prétend que la localisation de la vérole sur le poumon est une manifestation viscérale fréquente. Le professeur Roque voit quatre ou cinq fois par an dans son service, des malades considérés comme des tuberculeux et chez lesquels on ne trouve pas de bacilles de Koch dans les crachats. Pour le Professeur Paviot, également, on verrait souvent des sujets passer pour des tuberculeux alors qu'ils sont atteints de syphilis du poumon.

A quoi pouvons nous attribuer cette différence énorme sur la fréquence que nous voyons dans les statistiques ci-dessus énumérées ? A l'interprétation différentes des lésions, aux difficultés du diagnostic, aux associations de la syphilis et de la tuberculose et à la ressemblance de ces deux affections.

On ignore les causes qui déterminent la localisation du processus syphilitique sur le poumon. Par contre

la syphilis prédispose le poumon à un certain nombre d'infections, parmi lesquelles la pneumonie et la tuberculose. C'est surtout à la période secondaire que cette coïncidence se remarque, comme si érosions et plaques muqueuses des voies respiratoires supérieures ouvraient la porte aux germes.

Fournier et Potain considèrent la syphilis comme cause d'appel de la tuberculose pulmonaire. Potain invoque surtout les altérations pulmonaires de la syphilis et les érosions superficielles de la muqueuse trachéo-bronchique, comme capables de servir de porte d'entrée au bacille. Fournier, au contraire, invoque l'influence anémiante et dépressive de la maladie. Il est probable que les deux processus se combinent.

La syphilose pleuro-pulmonaire coïncide le plus souvent avec des lésions cutanées tenaces et avec les syphilomes viscéraux, en particulier avec le syphilome hépatique.

Les affections aiguës ou chroniques de l'organe peuvent constituer une cause d'appel pour le spirochète lorsqu'elles se produisent dans les bronches, les ganglions pulmonaires, le parenchyme pulmonaire ou la plèvre, en des points où se trouvent accrue la réceptivité morbide. A ce foyer où la circulation se trouve ralentie et où les congestions se répètent, viennent se fixer volontiers les microbes qui peuvent l'atteindre par diverses voies, par les bronches comme les microbes pyogènes, par les vaisseaux comme la spirochète pallida ou le bacille de Koch. Cette règle est générale pour la syphilis bronchique et pulmonaire, comme pour d'autres localisations du virus syphilitique.

Nous apportons dans cette thèse une observation nouvelle qui nous a été communiquée par MM. Bergé et Azonlay et qui a trait à un fait curieux et exceptionnel : celui d'une syphilis pleuro-pulmonaire, faite principalement de sclérose pleuro-pulmonaire, développée en co-existence avec une vaste syphilide cutanée lombo-thoracique et avec une infiltration syphilitique diffuse adjacente du tissu cellulaire sous-cutané et de la paroi du thorax. L'ensemble de la lésion a constitué une vaste infiltration syphilitique scléreuse ou scléro-gommeuse *régionale*, à la fois viscérale, pleuro-pulmonaire et pariétale. Il n'est pas possible d'ailleurs de dire si la syphilis pleuro-pulmonaire a été primitive ou secondaire à la lésion cutanée-pariétale ou si l'atteinte viscérale et pariétale a été simultanée.

Nous faisons ici une place à part à l'observation de MM. Bergé et Azonlay qui représente un cas remarquable de syphilis pleuro-pulmonaire faisant partie d'une vaste infiltration syphilitique régionale, qui lui a procuré des caractères spéciaux, importants pour le diagnostic.

OBSERVATION
COMMUNIQUÉ PAR MM. BERGÉ ET AZOULAY

Guich — 60 ans — journalier, entre à l'hôpital Broussais, salle Lasegue, le 13 janvier 1923 se déclarant atteint d'une pleurésie gauche.

Bien portant jusque là, Guich se dit malade depuis une dizaine de jours, se plaignant de frissonnements, de tremblements, de sensation de chaleur, de toux sans expectoration et d'une petite douleur thoracique gauche.

A l'examen physique le malade dont l'état général n'est pas mauvais offre sur le tronc à cheval sur la région dorso-lombaire et la région axillaire inférieure gauche un vaste

placard cutané plus étendue que la paume de deux mains rapprochées. Le contour de ce placard est polycyclique en de nombreux points et sa configuration d'ensemble représente assez curieusement l'image géographique de la carte de la France. Ce placard cutané offre de nombreux éléments arrondis, conglomérés de couleur jambon frais ou brunâtre. A la périphérie se voient quelques éléments isolés, comme détachés. Les éléments périphériques paraissent des éléments en activité ; ils sont légèrement saillants par rapport aux autres parties de la lésion qui se montrent au contraire déprimées. Les éléments centraux sont à principalement scléreux, cicatriciels, de telle sorte que sur la plus grande partie de son étendue la plaque est indurée, faite de taches arrondies, légèrement déprimées et blanchâtres. Lorsqu'on cherche à plisser la peau en la pinçant dans la région centrale du placard ont la voit se rider en peau d'orange, ce qui indique manifestemen qu'elle est reliée aux plans profonds par des multiples tractus scléreux et cicatriciels. D'ailleurs, au niveau de la plaque la peau ne glisse ou ne glisse que très mal sur les plans profonds. En de nombreux points il y a des dépressions légères comme des empreintes faites avec le bout des doigts. On note aussi des lignes irrégulières de plissements blanchâtres multiples ressemblant à des cicatrices de coupures au niveau desquelles l'adhérence aux tissus profonds est plus particulièrement manifeste. Lorsqu'on pince la peau en masse on constate encore que le tissu cellulaire sous-cutané est fortement épaissi, comme empaté, surtout dans la région centrale ; il donne l'impression d'une masse scléro-gommeuse. Le placard cutané du malade avec sa zone active périphérique faite d'éléments rouges disséminés, et sa large partie centrale cicatricielle, faite d'éléments scléreux ou scléro-gommeux donne à la lésion l'estampille d'une lésion tertiaire syphilitique franche à la fois cutanée et sous-cutanée.

Un fait est particulièrement remarquable ici : c'est que ce placard scléro-gommeux adhère fortement et largement par ses parties profondes aux muscles de la région sous-costale gauche et à la paroi ostéo-musculaire thoracique inférieure et constitue une *vaste lésion infiltrante de toute la paroi thoraco-abdominale*. En effet, lorsqu'on fait tousser le malade, on voit la peau entraînée en haut et en dedans par les mouvements thoraciques : on la voit se soulever, se plisser et se déplacer fortement avec la région costale sous-jacente.

Le malade porte cette lésion cutanée depuis 8 à 10 ans.

Il ne s'en est jamais préoccupé. Il s'est contenté d'y pratiquer, à des rares intervalles, quelques badigeonnages de teinture d'iode. La raison de cette négligence est que sa lésion a toujours été presque complètement indolore.

En coïncidence avec cette lésion cutanée et sous-cutanée scléro-gommeuse, infiltrante, d'aspect manifestement syphilitique s'observe tout un ensemble de signes qui témoignent d'une sclerose pleuro-pulmonaire diffuse et profonde, occupant principalement la région sous-jacente du thorax.

L'hémithorax gauche nous montre une rétraction générale portant surtout sur la base gauche. Celle-ci est légèrement déprimée ; le thorax à ce niveau s'étrangle très légèrement ; les cotes affectent une déviation particulière et se montrent exagérément obliques en bas et en dehors. Les espaces intercostaux sont diminués en largeur ; les muscles sont atrophiés ; l'épaule gauche est un peu abaissé et la colonne dorsale participe à ce mouvement de rétraction hémithoracique par une scoliose dorsale inférieure à concavité droite. La percussion de la base gauche révèle une matité demi-dure jusqu'au tiers supérieure du poumon. On trouve à cette base une diminution du murmure vésiculaire, une respiration légèrement soufflante avec, aux deux temps, des rales sous-crépitants fins. Par places, on entend, des rales ronflants et sibilants. Il y a également, à la base, exagération des vibrations vocales et bronchophonie légère. On n'observe rien dans le poumon droit. Les deux sommets sont normaux et ne présentent aucun signes suspects. On ne note aucune réaction ganglionnaire.

La présence de la matité basilaire gauche avec bronchophonie et rétraction thoracique incité à pratiquer des fonctions capillaires. La première ponction pratiquée dans le 8e espace intercostal fait faire deux constatations importantes : d'abord la pénétration de l'aiguille est difficile ; elle donne très nettement l'impression, une fois la peau franchie, de pénétrer dans un tissu uniformément résistant, induré, où elle se trouve pincée fortement ; on croirait pénétrer dans une planchette de sapin sur une profondeur de plusieurs centimètres ; — d'autre part la ponction ne ramène pas de liquide et l'on ne constate aucun écoulement de sang spontané ou par aspiration de l'aiguille ; il semble qu'on se trouve dans un tissu à la fois rigide et peu vascularisé. La deuxième ponction pratiquée au-dessus fournit les mêmes renseignements.

De tout l'ensemble des signes recueillis, nous avons donc dû conclure, que nous étions en présence d'une vaste lésion

scléro-gommeuse, altérant et infiltrant, *à la fois, massivement*, la peau le tissu cellulaire sous-cutané, la paroi thoraco-lombaire sous-jacent, musculaire et osseuse et atteignant simultanément en profondeur, la plèvre et le poumon gauche et s'y diffusant. Nous nous trouvions ainsi en présence d'une *pleuro-pneumopathie scléro-gommeuse avec bronchite*, faisant curieusement partie d'une vaste infiltration syphilitique régionale.

L'examen du malade nous a fait constater l'existence d'autres *syphilides cutanées tertiaires* concomitantes en activité ; dont l'une à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche, d'aspect serpigineux, papulo-tuberculeux de couleur chair musculaire disposée en cercle, aussi typique que la lésion thoracique. On observe encore trois autres placards analogues en d'autres régions de la cuisse gauche. La jambe droite est dans la plus grande partie de son étendue recouverte d'un vaste placard cicatriciel, blanchâtre, fait des lésions éteintes, conglomérées, polycycliques légèrement déprimées, peu profondes, peu adhérentes, sequelle d'une lésion ulcéreuse d'il y a 25 ans. Mêmes lésions au niveau de la jambe gauche. Sur le sternum on observe une petite cicatrice siégeant au niveau de son tiers supérieur, adhérente à l'os. Cette cicatrice serait la conséquence d'une lésion qualifiée gomme syphilitique à S^{t}-Louis en 1889 et traitée comme telle.

Le malade se souvient vaguement d'une maladie vénérienne contractée au régiment en 1884, et l'on peut constater sur la verge une légère cicatrice blanchâtre qui correspond trèoptsbablement à l'accident initial. D'autre part, le malade a réé soigné antérieurement à Broussais, en 1910, pour une vague affection de poitrine d'une durée de 17 jours, à l'occasion de laquelle on lui aurait pratiqué une ponction lombaire.

En dehors de ces diverses lésions, le malade offre une légère inégalité pupillaire sans signes d'Argyll Robertson. Ses reflexes sont normaux. Il n'a pas de leucoplasie buco-linguale. La réaction de Wassermann du sang s'est montrée positive, par la technique de Calmette et Massol. Le liquide céphalo-rachidien n'a montré ni lymphocytose, ni albuminose et le Wassermann y a été négatif.

Nous n'avons rien observé aux autres appareils, sauf un assourdissement des bruits du cœur, sans lésion artificielle, sans doute lié à la sclérose pleuro-pulmonaire de la base gauche. La tension artérielle est de 12 ½, 8 au Vaquez-Laubry ; le pouls est régulier.

L'examen des crachats émis d'ailleurs en petite quantité (une dizaine de gramme d'expectoration muco-purulente banale) n'a pas montré de bacilles de Koch. La radiographie et la Radioscopie pratiquées le 20 janvier ont fait voir une rétraction très nette aussi bien par la vue antérieure que postérieure de l'hémithorax gauche, surtout dans sa partie supérieure avec ébauche de déformation en sablier, avec obliquité exagérée des cotes gauches. Diminution très nette de l'incursion diaphragmatique gauche avec relèvement de la coupoule gauche qui est attirée en haut presqu'au même niveau que la droite.

Très minime ombre de la région pulmonaire de la base gauche : ombre assez homogène. Les deux sommets s'éclairent bien.

L'épreuve thérapeutique est venu confirmer encore la nature de cette lésion régionale thoraco-abdominale. L'administration de 12 injections de 20 centigrammes de Quiniobismuth tous les deux jours a amené l'effacement complet des syphilides cutanées tertiaires tant au thorax qu'à la cuisse. Il n'est plus resté, notamment après le traitement d'éléments papulo-granuleux en activité à la périphérie de la lésion thoraco-lombaire. Il n'est plus resté que quelques macules cutanées. Au niveau de la lésion l'épaississement sous-cutané s'est certainement très atténué et la peau qui ne jouait plus sur la paroi thoracique est redevenue un peu mobile. Il persiste encore cependant des mouvements de rétraction et de plissement de la peau pendant la toux, montrant que la sclérose sous-cutanée persiste. Le malade ne tousse plus, ne se plaint plus de son côté. Il mange assez bien. La respiration reste toutefois nettement soufflante avec froissements pleuraux et rales sous-crépitants fins. La respiration soufflante s'étend à presque toute la motivité inférieure du poumon gauche. Il y a évidemment des lésions scléro-pulmonaires indélébiles. La ponction capillaire dans le 9e espace intercostal donne toujours la sensation de pénétration dans un tissu dur et épais. Même sensation à peine atténuée dans l'espace au-dessus.

Bon état général.

Le malade a quitté l'hôpital en très bon état.

L'ensemble de la lésion ci-dessus décrite constitue un cas remarquable *d'infiltration syphilitique scléreuse ou sclero-gommeuse diffuse régionale, thoraco-abdominale* à la fois viscérale et pariétale. Les caractères de la lésion extérieure pariétale, franchement syphilitique ont chez le malade jeté une lumière très vive sur la nature de la lésion pleuro pulmonaire. Sans eux la nature de cette lésion eût été *difficile* à affirmer et même *impossible*. Elle n'eût pu être probablement, tout au plus, que suspectée.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans l'étiologie des affections pulmonaires la tuberculose s'est fait une si large part que les autres causes morbides ont bien de la peine à y trouver la place qu'elles méritent. Autant nous mettons d'empressement à diagnostiquer syphilitique une lésion cérébrale ou médullaire, même en l'absence de tout antécédent positif, autant nous hésitons à rapporter à cette cause une manifestation pleuro-pulmonaire.

Sans doute la fréquence des localisations pulmonaires du bacille tuberculeux justifie la part prépondérante qui lui est faite ; sans doute aussi l'incertitude des signes de la syphilis pulmonaire, leur analogie avec ceux d'une affection chronique quelconque des poumons, l'absence de tout caractère précis nettement différentiel, sans parler de la coïncidence ou de l'adjonction toujours possible de l'infection tuberculeuse, expliquent la réserve des cliniciens.

Mais, il n'en est pas moins certain que l'anatomie pathologique montre l'existence des lésions gommeuses et scléreuses des poumons, dont on ne peut contester l'origine syphilitique. Et dès lors notre rôle ne saurait se borner à constater ces altérations à l'autopsie, nous devons encore nous efforcer de les reconnaître et de les traiter pendant la vie.

Le début, sans fièvre, passe inaperçu, et l'affection commence par une période de tolérance, pour ainsi dire, *latente*, dont la durée est impossible à préciser. On pourrait le comparer pour son insidiosité à celui des gommes de la voûte palatine qui ne se révèlent souvent au malade que par les symptômes fonctionnels dus à l'apparition de la perforation.

On comprend facilement d'ailleurs pourquoi ce début est pareil et diffère du début de la tuberculose dont la symptomatologie, pourtant quelquefois obscure est d'ordinaire si riche et si variée. Les symptômes de la tuberculose pulmonaires, relèvent de deux modes pathogéniques bien distinctes, à savoir : l'intoxication tuberculeuse, d'une part, dont dépend l'anémie, par exemple — et d'autre part les compressions du pneumogastrique par des ganglions hypertrophiés du hile, dont dépend la toux coquélucoïde, tachycardie, les troubles gastriques etc. Les deux modes pathogéniques sont d'ailleurs souvent associés. On n'observe rien de semblable dans la syphilis pulmonaire. Pour Milian ces faits s'expliquent ainsi : c'est que dans la syphilis les toxines sont beaucoup moins anémiantes que dans la tuberculose ; et qu'il n'y a pas, non plus de compression du pneumogastrique par les ganglions bronchiques La syphilis ne produit en effet que très exceptionnellement des phénomènes d'intoxication générale ; les pires syphilides tertiaires phagédéniques, vastes ulcères gommes perforantes, coïncident d'habitude avec un excellent état général, un facies normal, une nutrition satisfaisante. A plus forte raison les gommes, même

pulmonaires restent-elles silencieuses à leur début, à leur période de formation, et ne peuvent-elles produire aucun trouble général, tel que l'anémie du tuberculeux en germination. D'autre part, si l'adénopathie médiastine est presque constamment présente dans la tuberculose pulmonaire dès son début, elle est presque constamment absente dans la syphilis pulmonaire ; car nous savons que jamais ou presque jamais, en quelque région qu'elle existe, la gomme syphilitique de la syphilide de tertiaire ne s'accompagne d'adénopathie similaire.

La période latente change d'allure. La gomme en augmentant de volume amène quelques signes fonctionnels. Un des premiers signes qui attire l'attention du malade est la *dyspnée*, d'abord inconstante, survenant à l'occasion des efforts, ou le soir et pendant la nuit. Cette dyspnée va en s'accentuant, devenant plus persistante et plus fréquente. Quelquefois s'il existe des douleurs thoraciques dues à la participation de la plèvre. *La toux* pouvant accompagner la dyspnée ou quelquefois la précédant, elle est d'abord rare, légère et sèche. Plus tard elle devient humide. *L'expectoration*, ordinairement abondante, à cause de la dilatation des bronches et se produisant seulement le matin, varie suivant que le malade rejette les crachats provenant de la bronchite, ou les crachats provenant des gommes ramollies ; d'abord muqueuse, visqueuse, elle devient muco-purulente avec une certaine transparence grisâtre, quelquefois rouillée ou brune, quelquefois fétide, même sans gangrène. Dans certains cas, une véritable vomique pulmonaire se produit au mo-

ment où le contenu d'une grosse gomme ramollie et ulcérée est évacuée par les bronches. *Les hémoptisies* fortes sont rares ; ou bien ces crachats hémoptoïques peu abondants et passagers ; on a pourtant signalé des cas ou l'hémoptisie a été forte (Lancereaux, Carlier etc).

Les signes physiques peuvent être nuls ou peu significatifs. Quelquefois pourtant il devient possible d'en percevoir certains. Ainsi : en un point localisé de la poitrine, on trouve les signes classiques d'une induration pulmonaire chronique : submatité ou matité, exagération des vibrations thoraciques, diminution ou abolition du murmure vésiculaire ; en d'autres cas, rudesse de ce murmure et expiration prolongée ; plus rarement, souffle bronchique, et même craquements plus ou moins humides. L'état général peut se maintenir d'une manière satisfaisante, alors même que les signes locaux sont déja accusés. La plupart des cas évoluent sans fièvre pendant les premières périodes ; plus tard il y a une fièvre avec redoublements vespéraux et nocturnes pouvant s'élever jusqu'à 39° et 40°, entretenue surtout par les infections secondaires des foyers syphilitiques du poumon.

Fournier cite un cas d'une femme où il avait observé ces signes avec la plus grande netteté. Elle présentait divers accidents tertiaires : osseux, muqueux, cutanés, viscéraux. En coïncidence, état général très médiocre. Les signes pulmonaires stéthoscopiques étaient ceux d'une tuberculose pulmonaire chronique au stade de ramollissement. Joints à cela, l'amaigrissement, l'affaiblissement et le mauvais état général, le diagnostic pareil était très probable. On soumit la malade ua

traitement mercuriel actif qui fit disparaître en un mois tous ces accidents syphilitique y compris la lésion pulmonaire. C'est donc là un type de forme torpide de syphilis pulmonaire simulant entièrement la tuberculose.

En cas de pleurésie on perçoit des frottements pleurétiques, sans souffle, ni râle. On n'observe, non plus, ni fièvre, ni toux, si point de côté existe il est très faible. A l'inspection du thorax, on peut reconnaître une rétraction du côté atteint, ou un défaut d'amplitude dans les mouvements respiratoires.

De l'évolution ultérieure de ces lésions gommeuses dépend l'état du malade. Ou bien le malade conserve l'apparence d'une santé moyenne ou même bonne, l'état général se désintéressant pour ainsi dire de ces lésions (Fournier) ; ou bien l'appétit se perd, la fatigue se montre au moindre effort, le malade perd ses forces et bientôt ne peut plus quitter le lit. La fièvre héctique les sueurs, l'émaciation, finissent par lui donner l'apparence d'un véritable phtisique, et il succombe comme lui, aux progrès de la cachexie, si le traitement spécifique n'intervient pas à temps.

OBSERVATION INEDITE

DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE DOCTEUR FOURNIER

Une malade âgée de 25 ans ; soignée à Nancy en 1916 pour une ostéo-périostite de la clavicule gauche, et une lésion du sommet gauche, avec une atteinte de la plèvre du même sommet (pleurite). En dehors de ces lésions elle portait une tumeur fluctuante, prête à s'ouvrir, siègeant dans la région sous-claviculaire gauche. Cette tumeur a été prise pour un abcès froid tuberculeux. La malade souffrait en plus d'une laryngite.

Arrivée à Paris, elle alla voir M. le professeur Bezançon, qui attribua immédiatement ces manifestations multiples à la syphilis, et envoya la malade à M. Fournier.

A l'examen on trouvait au sommet gauche de son poumon de la matité, avec une diminution notable du murmure vésiculaire ; de la respiration soufflante avec, des râles sous-crépitants fins. Il y avait également de la bronchophonie et de l'exagération des vibrations vocales. Des légers frottements pleuraux du même sommet coexistaient avec cette infiltration pulmonaire. L'examen radiographique n'a pas été pratiqué ; sa laryngite n'a jamais été examinée par un spécialiste.

Son état général était mauvais : amaigrissement notable, fièvre, anorexie, asthénie. La réaction de Wassermann dans son serum se montra franchement positive ; et la recherche de bacille de Koch dans les crachats négative. La malade a été soumise immédiatement au traitement par Huargol sous l'influence duquel les phénomènes locaux, ainsi que laryngite et son état général s'améliorèrent *très rapidement.*

Malheureusement, intolérance marquée à ce traitement lors des injections consécutives obligea à l'abandonner. Le Wassermann resta positif. En octobre 1920, on applique le traitement bismuthé, qui fut très bien supporté ; et le Wassermann devient négatif, après la deuxième série d'injections et reste négatif depuis.

Actuellement la malade se porte bien ; à part une encephalite léthargique qu'elle a contracté en 1920 ; et pas de sequelle.

En présence de ces faits : coexistence des lésions laryngée, pleuro-pulmonaire avec des manifestations syphilitiques tertiaires cutanées et osseuse, l'existence d'un Wassermann positif, l'absence des bacilles de Koch, *disparition rapide* de tous les phénomènes morbides par le traitement spécifique, nous sommes amenés naturellement à conclure à une *pleuro-pneumopathie syphilitique.*

OBSERVATION

(Herden. Nordiskt Médecin Archiv. 1907).

Femme de 44 ans ;. Plusieurs fois en traitement pour une syphilis. L'observation en est courte.

Aucune maladie infectieuse à signaler ; on ne sait à quand remonte l'infection.

En 1898, elle entre pour la première fois avec des gommes multiples ; jusqu'à sa mort survenue en 1913 elle fut admise à l'hôpital deux ou trois fois par an, soit pour des symptômes syphilitiques, soit pour insuffisance mitrale développée lentement. Les années précédentes déja, on avait diagnostiqué une pneumonie chronique du côté droit, interprêtée comme tuberculeuse ; cependant malgré de multiples recherches, on ne peut jamais dans l'expectoration rare, découvrir le moindre bacille de Koch.

Les années suivantes, les signes de compression pulmonaire allèrent en augmentant continuellement. En 1901, ils affectent le poumon en entier ; à partir de ce moment, cette pneumonie chronique fut regardée comme d'origine syphilitique possible ; car on n'avait pas pu toujours découvrir le bacille de Koch.

Le 30 mai 1903, elle fut admise pour la dernière fois à l'hôpital, pour des signes graves de maladie du cœur. Elle mourut peu après son entrée.

Autopsie trente six heures après la mort :

Le poumon gauche est complètement libre ; rien dans la cavité pleurale.

Le poumon droit dans toute son étendue est très adhérent à la plèvre pariétale.

Le poumon gauche plein de sang, contient de l'air partout, mais est un peu plus dur que normalement. Les coupes sont rouge foncé ; les bronches contiennent une petite quantité de mucosité grisâtre ; à part ce point rien à remarquer au poumon gauche.

Le poumon droit atrophié dans toute son étendue est très dur. Le poumon droit est entouré dans toute son étendue par un épaississement pleural de ½ à 1 centimètre d'épaisseur. Une coupe passant par le hile montre des aspects particuliers. Vers le hile, les vaisseaux et les grosses bronches sont entourés d'un tissu fibreux très dense. Ce tissu conjonctif remplit complètement l'espace situé entre les bronches et les vaisseaux, et se prolonge en une masse compacte qui pénètre dans le parenchyme pulmonaire en le détruisant complètement. Ensuite cette masse de tissu induré se divise en travées qui entourent à ce qu'il semble, les bronches et les gros vaisseaux, ou rayonnent en réseau entre des bandes variables de tissu pulmonaire et qui très souvent les entourent complètement. Le tissu conjonctif a tout près du hile une coloration blanche ou grisâtre ; dans l'intérieur du poumon la coloration va jusqu'au gris rouge, ayant parfois même un reflet bleuâtre. Dans les terri-

toires du parenchyme contenus à l'intérieur de ces travées, les bronches de grosseur moyenne aussi bien que les vaisseaux épaissis, se montrent sur la coupe comme de petits canalicules légèrement saillants. Cette formation fibreuse ci-dessus décrite qui paraît partir du hile s'étend à travers tout le poumon jusqu'à la plèvre, où de fins tractus conjontifs se continuent sans transition avec l'épaississement pleural. Ce qui reste des différents lobes est réuni ensemble par un tissu conjonctif, par des tractus serrés, grisâtres, si bien que les scissures interlobaires ont disparu. De cet épaississement pleural rayonnent des tractus fibreux qui vont se perdre dans la formations réticulaires conjonctives du parenchyme. De loin en loin apparaissent sur la coupe des épaississement du tissu conjonctif.

Au milieu du lobe supérieur, se trouvent deux cavernes, à paroi lisses et un contenu semblable à du mucus sanguinolent. Elle sont entourées à leur périphéries d'une épaisse coque de tissu conjonctif.

Dans la partie moyenne du lobe inférieur se trouve également deux cavernes de la grosseur d'une noix, de même aspect que celle du lobe supérieur, l'une paraît complètement fermée, la seconde est en relation avec une petite bronche.

Les ganglions lymphatiques du hile sont envahis par la sclérose et très fortement colorés en noir.

Au contraire, les ganglions bronchiques sont à droite comme à gauche intactes.

Dans le parenchyme hépatique se trouve, l'étendu d'une noisette, un tissu fibreux, serré, qui contiennent des foyers nécrosés, colorés en jaune pâle. Rien de particulier pour les autres viscères.

Recherches microscopiques.

Le poumon gauche montre les altérations d'une inflammation chronique modérée. Le poumon droit a l'aspect suivant : le tissu du hile et des plus grosses masses, conjonctives est formé du tissu conjonctif composé de grosses fibrilles, mais encore assez riche en cellules, avec d'assez nombreux vaisseaux néoformés. L'épaississement inflammatoire des parois vasculaires est typique, elle s'étend aux vaisseaux néoformés comme aux normaux et à ceux qui n'a englobé aucun épaississement conjontif. Le plus souvent, l'épaississement de la tunique interne a amené l'oblitération vasculaire. Dans les parties plus centrales du poumon, l'hyperplasie figure une formation plus riche en cellules, ainsi qu'en tissu granuleux plus jeune ; à cet

endroit se montrent des vaisseaux plus nombreux presque constitués seulement par un endothélium, cependant limités à la périphérie par une mince membrane hyaline se colorant intensement par l'éosine. Dans ces parties qui macroscopiquement semblent constituées exclusivement par du tissu conjonctif, on voit encore des alvéoles pulmonaires subsistantes, aplatis ou irrégulières, remplis de grosses cellules ayant l'aspects de l'épithélium alvéolaire, leurs parois sont épaissies et riches en cellules. Aux endroits qui paraîssent très riches en tissu granuleux, les alvéoles semblent avoir totalement disparu ; mais là aussi par la coloration des fibres élastiques on peut encore retrouver la charpente élastique de la paroi bien que partiellement interrompue. Juste dans ces parties on trouve fréquemment des formations d'aspect glandulaire, qui semblent se rapprocher de celles qui ont été signalées par Fiedlander dans les modifications tuberculeuses du poumon et retrouvées par Arnold.Dans la syphilis pulmonaire elles ont été remarquées par Petersen. Dans ce cas, elles ont un aspect particulier ; elles figurent une cavité tortueuse avec un épithélium cubique donnant l'impression qu'on a affaire à une formation dérivée de l'épithélium alvéolaire, mais parfois pouvant rappeler les bronchioles, à lumière assez grosse, à l'épithélidm de caractère cylindrique.

Les noyaux nécrotiques n'ont pas la structure finement granuleuse de la caseification tuberculeuse, mais on y trouve encore malgré la nécrose des débris cellulaires et une ébauche de petits vaisseaux épaissis. Dans quelques coupes rares on peut voir des cellules géantes. L'épaississement pleural présente partout l'aspect d'un tissu conjonctif riche en fibrilles et en vaisseaux, dont les parois présentent de l'épaississement et parfois de l'oblitération de la lumière.

Dans les différentes parties du poumon ont été effectuées de nombreuses recherches microscopiques à l'égard du bacille de Koch, principalement dans les points mentionnés où se trouvaient les cellules géantes et des points nécrotiques. Dans toutes les préparations le résultat a été entièrement négatif. De même, après l'autopsie, on a inoculé à trois cobayes dans le dans le péritoine avec du tissu pulmonaire ; mais sans succès apparent, quoique on les ait sacrifiés 45, 55 et 65 jours après l'inoculation. Dans aucun animal on n'a pu découvrir la moindre lésion tuberculeuse.

La recherche des spirochètes a été négative.

DIAGNOTTIC - MARCHE - PRONOSTIC

Quelles sont les notions qui nous permettent de poser le diagnostic d'une pneumo-pleuro-syphilis ? Les lésions mycosiques du poumon ne sont pas absolument exceptionnelles ; à l'heure actuelle, on doit penser à l'aspergillose, l'actinomycose, le muguet. Le cancer du poumon peut donner parfois des formations plus ou moins analogues. Mais c'est avec la tuberculose que nous allons nous efforcer de poser le diagnostic. Les caractères microscopiques ne peuvent nous donner qu'une approximation très relative.

Jamais dit, Mauriac, il n'est aussi nécessaire de rechercher les antécédents, de fixer la chronologie, de fouiller dans tous les sens le passé pathologique des malades, d'analyser scrupuleusement les signes physiques, de mesurer la portée des troubles fonctionnels et des troubles généraux, de passer en revue tous les tissus et tous les organes pour y découvrir les déterminations actuelles ou le vestige de celle qui ont précédé l'affection pulmonaire ».

La syphilis pulmonaire bien souvent réalise le tableau complet de la phtisie tuberculeuse ; non seulement le siège des lésions locales mais même l'ensemble des troubles fonctionnels et généraux ne se distinguent en rien des signes habituels de la tuberculose : la fièvre, l'amaigrissement, les sueurs, la toux, les hémoptisies achèvent la confusion. En pareil cas si aucun stigmate

objectif n'éveille immédiatement l'attention, la vie du malade est suspendue, pour ainsi dire, à une circonstance fortuite telle que l'apparition intercurrente d'une autre manifestation syphilitique, à moins que la rigueur de l'interrogatoire ou de l'examen pratiqué par le médecin ne révèle dans la passé ou le présent un élément de présomption suffisante pour justifier l'épreuve du traitement spécifique. (Sergent).

C'est grâce à un examen méthodique et complet que le diagnostic put être établi ou soupçonné dans la plupart des observations publiées. Là, c'est une gomme de l'œil (Panas), ici c'est un ulcère phagédénique du pied (Fournier), qui éveillent l'attention, ailleurs, c'est une syphilide cutanée (Bergé), ou osseuse, une cicatrice d'aspect caractéristique, une destruction partielle du voile du palais qui font naître le soupçon. Il est vraisemblable que si l'existence et la nature de ces indices révélateurs avait été méconnues, la pneumopathie, syphilitique aurait poursuivi son évolution et achevé son œuvre consomptive.

Il est facile de poser le diagnostic d'une pleurésie, et généralement assez facile d'affirmer la syphilis d'un individu. La question très délicate est de démontrer la nature exacte de l'affection pleurale.

Si chez un syphilitique en pleine éruption roséolique, on constate l'existence d'une pleurésie, il est tout à fait séduisant qu'il s'est produit une roséole pleurale sous l'influence de laquelle, par irritation s'est formé l'épanchement. Lorsque la syphilis est ancienne, la question est plus complexe. Le seul fait de savoir que le malade a eu autrefois la syphilis est d'une valeur insuffisante

pour affirmer le diagnostic étiologique d'une manifestation pleurale. Ce n'est pas parce que un sujet est syphilitique, que tous les accidents, toutes les lésions locales ou viscérales qu'il présente, sont de nature syphilitique ; de même pour la tuberculose. Et encore il faut se rappeler que l'association de deux maladies est des plus fréquente et Sergent dit : que la constatation de la syphilis doit inciter le médecin à rechercher la tuberculose, son associée coutumière.

Quel est le résultat des réactions humorales générales ? La tuberculino-réaction et celle de Wassermann n'ont aucune signification dans l'interprétation de la nature d'une lésion locale. Un Wassermann positif prouve simplement que le sujet est entaché de Syphilis ; une tuberculino-réaction positive atteste qu'il est tuberculeux. Ni l'une ni l'autre de ces méthodes ne saurait permettre d'affirmer que telle lésion locale est de nature syphilitique ou tuberculeuse. Sergent a remarqué que les adultes syphilitiques réagissent à la tuberculine beaucoup plus souvent que les adultes non syphilitiques, c'est parce que la syphilis crée une prédisposition toute spéciale à la tuberculose.

L'examen des crachats peut nous fournir des renseignements très précieux. Cet examen, pratiqué en vue d'établir ou de rejeter l'existence de la tuberculose, doit porter d'une part sur la recherche du bacille de Koch, d'autre part, sur la recherche de *l'albumino-réaction*. Pour rechercher le bacille de Koch il faut recourir à la méthode de *l'homogénéisation*, préconisée par Bezançon et ses élèves. Les examens devront être multiples et répétés. Si la recherche est négative, on ne

saura conclure d'une façon nette et ferme que la tuberculose n'existe pas, mais simplement qu'on n'a pas trouvé des Bacilles ; d'ailleurs la plèvre peut être tuberculisée sans que le poumon soit le siège des lésions tuberculeuses ouvertes ; si la recherche est positive, il n'y aura pas de doute sur l'existence de la tuberculose pulmonaire, mais cela ne permettra pas d'exclure la possibilité d'une syphilis associée. *L'albumino-réaction* conseillée par Roger et Valensi, qui ont montré sa valeur diagnostic dans la tuberculose pulmonaire. prête exactement aux mêmes réserves d'interprêtation, M. Roger dit : « que l'albumine ne manque jamais dans les crachats des tuberculeux. »

Inoculation aux cobaye et la réaction de fixation positive tant avec le liquide pleural (s'il en existe) qu'avec le sérum sanguin est un argument d'une haute valeur.

Traitement d'épreuve doit être tenté dans les cas où les recherches précédentes ne fournissent que des résultats négatifs. Ce traitement plutôt mercurial que ioduré, guérit souvent avec une rapidité étonnante les lésions syphilitiques.

La radioscopie et la radiographie font constater une diminution de la clarté des régions pulmonaires atteintes soit au hile où des taches sombres peuvent être dues à l'infiltration ou à des ombres ganglionnaires. L'etendue des ombres varie avec l'importance des infiltrations. A la base la radiographie peut faire constater la diminution de l'expression du diaphragme et des déformations, ordinairement dans la partie externe et tenant à la soudure du cul-de-sac corto-diaphragmatique. On a noté aussi les rétractions du thorax, parfois

la déviation du médiastin, la dilatation de l'aorte, la déformation du foie par des gommes, l'élévation du diaphragme etc.

On voit toute la valeur que peut avoir pour le diagnostic de la syphilis viscérale l'exploration radiologique, qui permet de constater aussi facilement que s'il s'agissait de lésions cutanées, d'une part les lésions de l'autre les modifications amenées par le traitement spécifique dans la profondeur des tissus.

La fréquence des erreurs de diagnostic et des erreurs de traitement est grande auxquelles sont exposés les syphilitiques atteints d'affections dont les caractères cliniques sont identiques ou analogues à ceux des affections tuberculeuses. Il est donc important de rechercher la syphilis chez les malades qui sont considérés comme des tuberculeux atteints de forme pulmonaire, articulaire, ganglionnaires ou autres. Le traitement d'épreuve peut être employé sans crainte. L'innocuité de l'arsénobenzol est démontrée (Janselme) ; et on a tort de croire aux dangers du mercure chez les tuberculeux (Sergent).

La marche de la syphilis pulmonaire est le plus habituellement chronique et lente. Si elle est abandonnée à elle-même, le malade s'affaiblit et se cachectise de plus en plus comme dans la tuberculose. Mais le traitement a fort heureusement une action remarquable sur la syphilis pleuro-pulmonaire. Appliqué avec énergie il peut sauver le malade le plus compromis, arrivé même à la cachexie, avec des cavernes pulmonaires. Ces beaux résultats s'obtiennent surtout dans les cas ou d'autres viscères ne sont pas atteints. Toutefois après la guérison divers signes physiques, tels que respiration rude, submatité, peuvent persister et dépen-

dent du reliquat des infiltrations arrivées à la schérose et de la bronchite chronique.

Le pronostic depend le plus souvent de la clairvoyance du medecin. Si le diagnostic de syphilis pulmonaire est fait, le malade à les plus grandes chances d'être sauvé même lorsque la maladie en est à la période de cachexie. Le traitement specifique a une action des plus heureuse sur la syphilis pleuro-pulmonaire. Dans le cas de syphilide sclero-gommeuse si le diagnostic n'est pas fait, le malade succombe aux progrès de la cachexie. La mort n'est pas fatale dans tous les cas meconnues ; on trouve dans les autopsies des poumons ficeles, avec des cicatrices et des gommes retractés indices de syphiloses qui sont restées latentes indéfiniment.

Le cas de MM. Bergé et Azonlay, qui est l'observation originale de cette thèse, offre, au point de vue du diagnostic un remarquable exemple de la façon dont une syphilis-pleuro-pulmonaire peut-être mise en évidence par l'ensemble des caractères syphilitiques indiscutables d'une lésion thoracique cutanée et pariétale adjacente. Ainsi d'une façon générale la syphilis pleuro-pulmonaire sera soupçonnée ou affirmée non pas par les caractères propres de la lésion pleuro-pulmonaire mais par l'existence des caractères spécifiques de lésions viscérales ou cutanées qui lui sont associées, ou par la connaissance des stigmates syphilitiques, ou des comémoratifs, ou des réactions humorales, ou encore par la présence chez les malades des caractères atypiques par rapport aux diverses autres hypothèses diagnostiques initiales qu'on aura dû faire.

TRAITEMENT

Pouvons nous rester dans la conviction absolue, après avoir obtenu l'amélioration d'une pleurésie par le traitement spécifique ? Il est nombre d'accidents syphilitique qui disparaissent spontanément, combien des roséoles sont ignorées du sujet lui-mêmes ! D'autre part, on connaît l'influence favorable du traitement spécifique-mercuriel, sur la tuberculose des syphilitiques. Sergent, Potain, Barthélémy en ont rapporté des exemples probants.

Il faut prescrire le traitement mixte ou Iodo-mercurisation. L'iodure de potassium est administré à hautes doses, 4 à 6 grammes par jour, en procédant lentement et progressivement, si la tolérance du malade pour l'iode n'est pas connue d'avance. Le mercure peut être prescrit en frictions, à la dose moyenne de 4 grammes d'onguent napolitain par jour. Dieulafoy recommandait des injections de la solution huileuse de biiodure de mercure. Il faisait une première série de quinze à vingt injections de 4 à 10 milligrammes par jour. Il donnait ensuite l'iodure de potassium de 2 à 10 grammes pendant quinze jours. Il reprenait successivement la série des injections, puis le traitement ioduré. Dans les cas pressants, lorsque la maladie n'est reconnue que tardivement à la période de cachexie, il ne faut pas hésiter à commencer le traitement par une injection de calomel de 5 centigrammes que l'on peut faire

simultanément dans chaque fesse. Cette double injection n'empêchera pas d'instituer les frictions et même de prescrire en même temps l'iode ou l'iodure de potassium.

S'il s'agit d'un cas douteux dans lequel, on veut faire un traitement d'épreuve, on commencera par une injection de calomel de 5 centigrammes qui sera suivie de frictions mercurielles et que l'on pourra répéter à la fin de la semaine. Au cours du traitement anti-syphilitique il faut tenir compte des soins de la bouche. La syphilis pulmonaire réclame encore certaines médications symptomatiques importantes, telles que l'administration des toniques, de la quinine pour combattre les accès de fièvre, les vaporisations d'eau créosotée, eusalyptolée, gaïacolée, ou gomménolée contre la bronchite et les expectorations fétides ; eaux sulfureuses ou arsénicales, la climatothérapie, etc. Nous assistons aujourd'hui, au triomphe de la médication arsenicale dans le traitement des affections diverses causées par la syphilis. Médication arsenicale a une action prompte sur les lésions pulmonaires et reconstituante pour l'état général. Les préparations arsenicales doivent seulement être employées à doses prudentes au début du traitement pour éviter les réactions congestines du côté du poumon.

Le traitement spécifique n'est contre indiqué que dans la coexistence des pneumopathies syphilitiques avec la tuberculose arrivée à la période ultime et au cours des poussées aigues ; ou encore chez des sujets qui présentent des ulcérations tuberculeuses de la

bouche ou de la langue, lesquelles subissent, sous l'influence du mercure, une exacerbation d'une rapidité surprenante.

Il est sage de ne pas annoncer hâtivement une guérison complète, car la sclérose peut avoir entrainé des lésions bronchéctasiques ou cicatricielles organisées et inguérissables par les spécifiques.

CONCLUSIONS

1. — La syphilis pleuro-pulmonaire doit attirer l'attention du médecin plus fréquemment qu'on ne le fait ; étant donné que c'est une affection plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Il faut penser à la syphilis chez tout individu qui présente une affection chronique de l'appareil respiratoire, et la chercher avec le soin et suivant la méthode nécessaire.

Le traitement antisyphilitique peut amener une amélioration rapide et surprenante des lésions pleuro-pulmonaires chez des sujets syphilitiques.

2. — Au point de vue anatomique, il n'existe pas de lésions caractéristiques de la syphilis pulmonaire. La présence des cellules géantes ne peut permettre à elle seule d'affirmer absolument la tuberculose. Dans le poumon comme dans la peau, elles peuvent peut-être être dues au tréponème.

3. — La syphilis pleuro-pulmonaire peut-être l'élément viscéral d'une syphilis régionale diffuse pariéto-viscérale englobant tous les plans du thorax, la plèvre et le poumon. C'est là sans doute une forme exceptionnelle, dont j'ai apporté dans ce travail un exemple tout à fait typique.

Vu : *Le Doyen*,
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse*,
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
APPELL.

. BIBLIOGRAPHIE

Balzer. — Syphilis pulmonaire. (Nouveau traité de Médecine de Bronardel et Gilbert, VII, 1900, p. 781).

—Contribution à l'étude la Syphilis des bronches et du poumon (Paris Médicale, 21 janvier 1922).

Beaurepaire. — Contribution à l'étude de la pleurésie syphilitique (Thèse de Lille, 1912-1913).

Beriel. — La Syphilis pulmonaire.

Brouse. — Annales de Dermatologie et de syphilographie Paris 1897, p. 965-973.)

Carlier. — Etude sur la syphilis pulmonaire. (Thèse de de Paris, janvier 1882.)

Chantemesse. — Presse Médicale 1894. — Bulletin Médical 1891.

Chantemesse et Widal. — Bul. de la Société Médicale des Hop. de Paris 1890.

Carra. — Des pleurésies syphilitiques (Thèse de Paris 1894-1895).

Dieulafoy. — Syphilis du poumon et de la plèvre. (Gaz hebd. de Méd. et de chir. 1889, p. 283.)

Fournier a. — Leçons cliniques (Gaz. Hebd. de Méd. et de chir, 1875, nos 78, 49, 51.

Fournier e. — Traité de la Syphilis, vol., jasc. 11, 1906, page 710.

Gaucher. — Précis de Syphiligraphie ;

Jacquinet. — Thèse de Paris, 1895. Contribution de l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques.

Jacquin. — Thèse de Paris 1883-1884.

Lancereaux. — Traité de la Syphilis, 1873.

Landonzy. — Congrès pour la tuberculose 1891, t II, pages 185-187.

Marfan. — Syphilis du poumon. (gaz. des hôpitaux, 1892, page 29.

— Traité de Méd. de Charcot Bouchard t. IV.

Massia. — Le poumon Syphilitique. (Thèse de Lyon. novembre 1911).

Mignot. — Syphilis et tuberculose pulmonaire. (Thèse de Lyon 1922).

Mauriac. — Gaz. des hôpitaux 1888.

Montserret. — Thèse de Montpellier 1894.

Nassibian. — Thèse de Paris 1911-1912.

Œtinger. — Annales des Mal. Véner. 2 septembre 1906.

Pauly et Duplant. — Pleurésie Syphilitique (Province Médicale Lyon 1898. p. 63.)

Prectorius. — Belgique Médicale 1896. — Ann. et Bull. de la Soc. Méd. d'Anvers 1891.

Ravaut. — Thèse de Paris 1901-1902.

Reynaud. — Journal des Mal. cutanées et syphilitiques, Paris 1894, p. 146-152.

Roque. — Leçons cliniques sur la syphilis et la tuberculose pulmonaire (Hôtel-Dieu, 16 mars 1920).

Rochon. — Thèse de Paris 1892-1893. — Gaz. des hôpitaux 1897.

Roger et Sabaréanu. — Soc. méd. des hop. 21 janvier 1910

Roger. — Presse Médicale 13 juillet 1910.

Sergent. — Syphilis et Tuberculose (Congrès de la tuberculose, Paris 1905, t. IV). — Etude clinique sur la tuberculose 1905. — Syphilis et tuberculose, Masson, 1907. — La syphilo-Tuberculose (Revue de Méd. 1920).

—Pleurésie des Syphilitiques. (Journal de Méd. et de Chir. pratiques, mars 1913).

— Syndrome « bronchite chronique et anphysème », (Bulletin Médical n° 47, p. 935, 18 novembre 1922).

Stieffel. — Thèse de Nancy, 1884.

Talamon. — Médecine moderne, Paris 1891.

Tripier. — Traité d'anatomie pathologique générale, 1904, page 344.